1922

JUN 10

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Johannes Knoblauch,
Medizinal-Praktikant in Beelitz-Heilstätten (Mark).

Halle a. S. 1922.

Über das Carcinom der Nase und der Nasennebenhöhlen; im Anschluss an 2 in der hiesigen Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten beobachtete Fälle.

Das Mittelalter übernimmt von den Aerzten des Altertums bereits eine wohlausgebildete Technik in der Behandlung der Nasengeschwülste. Ueber die Ursache des Krebses sind die Meinungen sehr geteilt gewesen (Galen, Paracelsus, Paulus, Severinus, Vesal), verschieden demzufolge auch die therapeutischen Vorschläge.

Citelli hat die Tumoren der Nase in benigne, maligne und Zwischenformen (z. B. Adenome, Osteome) geteilt. Die grosse Seltenheit der bösartigen Geschwülste geht aus den Statistiken von Finder, Schmidt, Winiwarter, Gurlt und Herzfeld hervor; ebenso, dass die Nase selbst seltener befallen wird als ihre Nebenhöhlen.

Unter 16 von Denker operierten malignen Nasentumoren befinden sich 8 Carcinome, 3 Sarkome, 2 Fibrosarkome, und je ein Endotheliom, 1 Papillom und ein Lymphosarkom. Dazu kommen 2 Fälle aus dem Jahre 1920:

1. Cancroid der Orbita mit Durchbruch nach aussen und ins Siebbeinlabyrinth (Arbeiter Franz I., 73 Jahre alt): Seit 30 Jahren bestand angeblich eine Geschwulst am rechten Auge, die erst seit vorigem Jahr Sehstörungen und seit mehreren Monaten heftige Schmerzen verursacht. Am 23. September 1920 Exenteratio orbitae, dabei Eröffnung der Oberkieferhöhle und der Siebbeinzellen. Deshalb am 27. September 1920 Radikaloperation von dem Killianschen Schnitt aus unter Infiltrations- und Oberflächenanaesthesie. Normaler Heilungsverlauf. Am 21. Januar 1921 Entlassung ohne Recidivzeichen.

2. Tränensackcarcinom mit regionärer Ausbreitung in das Siebbein, die Stirnhöhle, die Kieferhöhle und die Orbita rechterseits (Nachtwächter Sch., 62 Jahre alt). Die Diagnose wurde Ende Mai 1920 bei einer Tränensackoperation gestellt. Radikaloperation am 27. Juni 1920 in Infiltrationsanaesthesie

mit Entfernung des Orbitalinhaltes. Nachbehandlung mit Radium, dass ein durch Probeexcision sichergestelltes Recidiv zum Schwinden bringt. Von nun an glatte Heilung

Für die Aetiologie der Nasencarcinome im Besonderen sind herangezogen worden die irritative Reizung der Schleimhaut durch langandauernden Katarrh (Avellis) und das Trauma. Sichere Beweise dafür gibt es nicht. Auch die Umwandlung gutartiger Nasengeschwülste in bösartige (Transformationslehre) ist nicht bewiesen.

Prädilektionsausgangsstellen des Nasencarcinoms, dessen ausbleibende Metastasenbildung noch zu erwähnen ist, sind das Septum, die Gegend der unteren und mittleren Muschel und das Nasendach, nach M. Schmidt mehr die Nebenhöhlen.

Diesen Ausgangspunkten entsprechend treten verschiedene Symptome in den Vordergrund Verstopfung der Nase mit Störung der Geruchsempfindung und Veränderung der Stimme, Kopfschmerzen, wiederholte oft spontan auftretende profuse Nasenblutungen, übelriechender Ausfluss, demzufolge Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden, Auftreibung des Gesichts, Durchbruch nach aussen oder in Nachbarorgane.

Bei Stellung der Diagnose, die sich vor allem auf die histologische Untersuchung eines excidierten Tumorstückes stützt, ist besonders schwierig die Abgrenzung gegenüber den Nasenrachenfibromen, die histologisch als gutartig, klinisch als bösartig anzusprechen sind.

Infolge des deletären Verlaufs der Nasencarcinome stehen viele Autoren auf dem pessimistischsten Standpunkt. Auch die radikalste Operation vermag oft nur die kurze Existenz der Kranken erträglicher zu machen. Sichere Heilungen sind selten.

Folgende Wege führen zur operativen Freilegung des Naseninnern:

I. Die nasalen Methoden: a) Spaltung und Zurückklappung des weichen Nasengerüstes (Hippokrates, Garengeot, Wutzer, Rouge, Fourneaux, Jordan); b) Spaltung und Zurückklappung der ganzen Nase (Linhart, Krönig, Chaissaignac, Bruns, Küster, Ollier); c) Temporäre Resektion der oberen Nasenbezirke (v. Langenbeck, Killian, Winkler, Gussenbauer, Moure, Brockaert.)

II. a) Der maxillare Weg, der in der temporären oder dauernden Resektion des Oberkiefers besteht (Gensoul, Senbileau, v. Langenbeck); b) der palatale Weg (Nèlaton, Gussenbauer, Chalot, Partsch.)

III. Die Denkersche Methode, die in Infiltrationsanaesthesie eine übersichtliche Freilegung des Ursprungs- und Ausbreitungsgebiets der Geschwulst ohne Kontinuitätstrennung der äußeren Haut, ohne Unterbindung der Carotis und ohne Präventivtracheotomie gestattet bei ausserordentlich einfacher Nachbehandlung und glattem Heilungsverlauf.

Im Vordergrund der zur Unterstützung herangezogenen unblutigen Behandlungsmethoden stehen die Röntgentherapie und die Radiumapplikation. Mit der Serumbehandlung nach Abderhalden-Denker müssen noch weitere Versuche angestellt werden.

Das Messer des Chirurgen ist demnach noch immer die sicherste Waffe im Kampf gegen die Geschwülste im Allgemeinen und die Carcinome der Nase im Besonderen.